UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949-1950

N° 39

LES MODES DE DÉBUT DES CANCERS VOISINS DU CARDIA

(Travail de la consultation de gastro-entérologie [Professeur agrégé DUBARRY] de la Clinique médicale du Professeur DUPÉRIÉ)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Janvier 1950

PAR

Jean SAINSEVIN

né au Bouscat (Gironde), le 3 décembre 1920

JURY .....

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

DUBARRY, agrégé ..... *Juges.*

BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, rue du Peugue

1950

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0032

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949-1950

N° 39

LES MODES DE DÉBUT DES CANCERS VOISINS DU CARDIA

(Travail de la consultation de gastro-entérologie [Professeur agrégé DUBARRY] de la Clinique médicale du Professeur DUPÉRIÉ)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Janvier 1950

PAR

Jean SAINSEVIN

né au Bouscat (Gironde), le 3 décembre 1920

JURY ..... MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*
CREYX, professeur .....
DUBARRY, agrégé ..... *Juges.*
BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE
18, rue du Peugue

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. PORTMANN.
Assesseur ..... M. CHELLE.
Doyen honoraire ..... M. DUPÉRIÉ.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ. CREYX.
Clinique chirurgicale	MASSÉ. PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	N.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.

	MM.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie) MESNARD (Pharmacie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.

	MM.
Sciences physico-chimiques	R. GOLSE.
Sciences naturelles	MASQUELIER.
Sciences appliquées	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCES

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGRÉGÉS

	MM.
Médecine générale	SARIC. DUBARRY. J. TRAISSAC. BERGOUIGNAN. LÉVY.
Chirurgie générale	POUYANNE. LAUMONIER. CHAVANNAZ.
Urologie	LANGE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.

	M.M.
Obstétrique	MAHON. CHASTRUSSE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chimie médicale	TAYEAU.
Histologie	MAYER.
Pédiâtrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	RIGAUD.
Médecine opératoire	DUFOUR.
Puériculture	VERGER. PÉRY.
Chimie biologique	NEUZIL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER. VILLAR.
Pharmacologie et pharmacodynamie	LEURET.
Vénéréologie	LE COULANT.

	MM.
Embryogénèse	MAYER.
Médecine légale	L'ÉPÉE.
Zoologie pharmaceutique	BAILANGER.
Cryptogamie	LAUBIE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Chimie analytique	BABIN.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Législation appliquée et déontologie pharmaceutique	COUSTON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

A MA MERE.

Bien faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRERES.

A MES SŒURS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES CAMARADES ET AMIS.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX.

A MON JURY DE THESE.

A Monsieur le Professeur agrégé M. BERGOUIGNAN,

Médecin des Hôpitaux,
Croix de Guerre.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.-J. DUBARRY,

Membre titulaire de la Société de Gastro-Entérologie,
Médecin des Hôpitaux,

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a guidé dans sa réalisation.

En bien vif témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur M. CREYX,

Professeur de Clinique médicale.
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Avec l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUPERIE,

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE.
MÉDECIN DES HÔPITAUX.
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

AVANT-PROPOS[1]

Les possibilités nouvelles de la chirurgie de l'œsophage inférieur et du cardia ont donné aux tumeurs de cette région un regain d'actualité. Les observations de cancers juxta-cardiaques s'accumulent. Lors de la publication de chaque nouvelle observation, les auteurs indiquent tel ou tel signe qui, dans le cas considéré, leur a paru plus remarquable. Celui qui entreprend l'étude de ces cancers se rend vite compte, comme l'écrivaient Cain, Marchand et Augier (6), que « la maladie débute cliniquement de façon fort variable ». C'est pourquoi nous avons simplement voulu, dans ce modeste travail, suivant l'idée de notre Maître, M. le Professeur agrégé Dubarry, grouper et mettre en valeur les symptômes qui doivent alerter le médecin et l'inciter à rechercher la possibilité d'un cancer juxta-cardiaque qui, s'il existe et la chance aidant, sera peut-être diagnostiqué à sa phase de début.

Aux documents que nous avons pu retenir dans la littérature médicale française, particulièrement à ceux d'un mémoire récent de F. Moutier et Auguste Nemours (32), nous joignons 24 observations personnelles, toutes dues à l'obligeance de M. Dubarry, qui viennent de faire l'objet d'une communication à laquelle il a bien voulu nous associer. Cette communication a été faite à la réunion du 3 décembre 1949, à Bordeaux, de la Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, à laquelle se sont jointes la Société de Gastro-Entérologie du Littoral Méditerranéen et la Société d'Electro-Radiologie du Sud-Ouest. Cette réunion, com-

1. Afin d'éviter la répétition des notes bibliographiques, nous faisons suivre chaque nom d'auteur d'un chiffre correspondant au numéro de notre bibliographie.

mune aux trois sociétés, était consacrée à l'étude des tumeurs du pôle supérieur de l'estomac. Nous avons tenu compte, dans notre travail, de la documentation qui a été fournie par les divers rapporteurs.

Nous allons, tout d'abord, exposer les 24 observations personnelles en essayant de bien mettre en évidence le mode de début de ces 24 cas, et ensuite nous confronterons nos faits personnels avec les documents des autres auteurs.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

(Classées par ordre d'ancienneté)

Toutes dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Dubarry.

OBSERVATION I.

Seil... (Henri), 64 ans.

Il a été opéré par le Professeur Bégouin, en 1929, pour ulcère cancérisé. L'examen histologique de la pièce a montré un épithélioma cylindrique.

En 1938, les troubles digestifs reviennent; ce sont des *douleurs épigastriques,* des *vomissements.* L'*amaigrissement* est bientôt de 15 kilos. Il présente une *anémie* (3.500.000 hématies). Un traitement à la ferriscorbone institué, le sujet étant cachectique et déshydraté et la tumeur étant palpable, n'amène aucune amélioration. Il meurt 1 mois 1/2 plus tard, au cours d'une syncope.

En somme, douleurs épigastriques, amaigrissement de 15 kilos, vomissements, chez un gastrectomisé depuis 10 ans pour ulcère cancérisé.

OBSERVATION II.

Dorn... (Louis), 68 ans.

En août 1938, il ressent, 2 ou 3 heures après les repas, une *gêne,* un *poids,* une *barre épigastrique;* il a des *nausées;* il présente des *pituites.*

Assez souvent, il a eu des *éructations indolores qui le soulageaient.*

En fin décembre 1938, *perte de l'appétit et anorexie pour la viande.* Seuls les liquides sont bien supportés. Il est très constipé. En cinq mois, il a maigri de 5 kilos. Il est asthénié.

Pas d'antécédents.

Examen négatif.

Examen de sang : hémoglobine, 80 %; hématies, 3.940.000; leucocytes, 6.400; avec une formule hémo-leucocytaire à peu près normale.

Radiologiquement, on trouve :

— En station verticale de face, un léger accrochage dès la pénétration de la baryte dans l'estomac;

— En position horizontale et en Trendelenburg, une image irrégulière avec de nombreuses dentelures et, au milieu de celles-ci, des images lacunaires qui paraissent bien dessiner les contours et les irrégularités d'une grosse masse végétante occupant à peu près toute la grosse tubérosité et empiétant, au niveau de sa partie inférieure, sur la grande courbure.

Le malade a refusé l'intervention.

Une amélioration sensible est obtenue par un traitement à la ferriscorbone I.V. Pas de douleurs; petite reprise de l'appétit.

En somme, histoire clinique récente (5 mois).

Troubles dyspeptiques, nausées, pituites, éructations soulageant le malade.

Puis anorexie, amaigrissement de 14 kilos en 5 mois, asthénie.

OBSERVATION III.

Arr... (Bernard), 69 ans, ne peut, depuis un mois, absorber qu'un peu de liquide.

Radiologiquement, mince filet baryté avec une grosse stase œsophagienne. Aspect de linite plastique. Cancer sténosant de la portion sous-cardiaque.

Le traitement à l'oxyferriscorbone sodique ne donne aucun résultat. Il meurt quelques jours après de cachexie et d'inanition.

OBSERVATION IV.

M. Au..., 48 ans, vient, le 13 mai 1942, pour dysphagie.

Il a fait son service militaire au Maroc en 1913-1914. C'est un tachyphage et un éthylique. Il prend ses repas à un horaire variable. Il fume modérément.

En septembre 1941, après un bon dîner, il est *pris soudain, au milieu de la nuit, de vomissements et de douleurs,* et, pendant un mois, il va éprouver des troubles qui cesseront aussi brusquement qu'ils ont apparu. Au réveil, ce sont des nausées, des renvois, de petites pituites qui s'accompagnent de douleurs. Son casse-croûte n'est pas toujours pris avec appétit, mais le laisse bien jusqu'à 10 heures environ, où il a l'impression de quelque chose de bouché rétro-sternal, avec un pyrosis qui ne s'atténuera qu'au repas de midi pris d'ailleurs sans appétit. Cette atténuation des douleurs ne persiste que quelques heures; vers 17 ou 18 heures, elles reprennent la même intensité, mais sont de nouveau atténuées par le dîner. Il se couche, mais n'a pas de position pour dormir. Il a l'impression qu'à 3 ou 4 heures du matin, sa digestion n'est pas achevée. Son haleine est mauvaise.

En octobre et novembre 1941, il est bien.

En décembre et janvier, nouvelle crise identique à la première.

En février, mars et début avril, il est bien.

En fin avril, début de la crise actuelle.

Après son petit déjeuner, il éprouve une sensation de fringale calmée par un peu de pain et son casse-croûte qui lui fait ressentir une gêne rétro-sternale. Deux heures après, apparaissent une faiblesse générale et des langueurs d'estomac durant jusqu'au repas de midi qui donnera une douleur immédiate (constriction xyphoïdienne, quelques pointes dans la région cardiaque) obligeant d'interrompre le repas. Tout passe en 1/4 heure. Réapparition des mêmes troubles avant et pendant le repas du soir. Ces crises des repas sont surtout déclenchées par le vin et aussi le pain. Amaigrissement de 10 kilos. Il est très constipé depuis sa première crise.

L'examen clinique montre seulement une tension épigastrique.

L'examen radiologique montre un transit plutôt accéléré, une image de niche de la petite courbure très haut située (sous-cardiaque) et la possibilité d'un ulcère duodénal, versant postérieur.

Le 25 septembre 1942, intervention du Docteur G. Dubourg. C'est un cancer inopérable.

Deux séries d'oxyferriscorbone sodique améliorent considérablement le malade qui souffre beaucoup moins et de façon irrégulière.

En somme, brusquement, une nuit, vomissements accompagnés de douleurs.

Puis, pendant un mois, nausées, petites pituites, anorexie, dysphagie, pyrosis, impression de digestion non achevée.

Puis alternativement il est bien et a des crises par périodes de 2 mois pendant 6 mois.

Puis constriction xiphoïdienne, pointes dans la région cardiaque, gêne rétro-sternale. Amaigrissement.

OBSERVATION V.

M. Can..., 59 ans, vient, le 15 septembre 1942, pour pesanteur épigastrique, fatigue et anorexie.

Il a été opéré en 1933 par le Professeur Papin, pour double ulcère gastrique et duodénal. 3 ou 4 mois après l'opération, apparition d'un pyrosis qui dure 1 mois. Puis il est très bien.

En avril-mai 1942, apparition des troubles actuels, *d'abord douleur, puis maintenant pesanteur, dès le réveil, à l'épigastre,* qui va durer toute la journée. Il est *asthénié, anorexique* et *amaigri; dégoût pour la viande.* Ses nuits sont bonnes, mis à part quelques cauchemars. Il éprouve dans la journée une *somnolence* presque continuelle.

L'examen montre une éventration à travers laquelle le palper est douloureux.

L'examen radiologique montre un petit estomac rétracté, à bords irréguliers, avec une image comme une niche sur la grande courbure.

Revu le 23 janvier 1943, la médication antispasmodique a donné une amélioration nette de tous les signes jusqu'à il y a un mois. Mais, depuis un mois, les douleurs épigastriques sont revenues. Il a cinq ou six selles par jour et beaucoup de gaz. Il garde assez bon appétit. On a l'impression, à l'examen, de sentir quelque chose d'assez dur (non ligneux), douloureux au palper dans la portion gauche de l'épigastre.

En somme, douleur épigastrique, puis pesanteur épigastrique presque continuelle, anorexie, asthénie et amaigrissement.

La médication antispasmodique amène une rémission passagère des troubles, les douleurs épigastriques revenant peu après.

OBSERVATION VI.

Pe... (Marie), couturière, âgée de 61 ans, est adressée le 6 novembre 1942, pour anorexie.

Dans ses antécédents, on note une appendicectomie et une ovariectomie droite subies en 1923. Elle a été hospitalisée peu de temps après pour lithiase biliaire (non opérée).

Depuis la ménopause, les crises de foie se sont atténuées et espacées; la dernière a eu lieu, voici 3 ou 4 ans; sa durée fut de 48 heures avec douleur épigastrique haute et dorsale, vomissements. Elle supportait mal la viande, les sauces, les œufs, les haricots et le boudin. Depuis, *elle présente irrégulièrement de fortes crampes épigastriques*. Elle va à la selle régulièrement. Insomnies fréquentes.

Au début du mois d'août 1942, à la suite d'une forte émotion (mort de son fils), *une anorexie s'installe,* ses insomnies deviennent totales. Cependant, les crampes épigastriques sont maintenant moins fortes, mais constantes; elle a l'*impression, après les repas, d'un poids sur l'estomac.* Elle est *très asthéniée. Son poids actuel est de 54 kilos (autrefois 74).* Elle doit fractionner ses repas; *un bol de lait ne passera que bu en plusieurs fois. Renvois et gaz nombreux.*

L'examen est négatif (sauf l'existence d'un signe de Murphy).

L'examen radiologique montre un retard du transit œsophagien. L'attention est attirée sur la région cardiale. La baryte forme une tache allongée horizontalement, à bord inférieur irrégulier et paraissant au-dessus d'une petite lacune. On a l'impression de bourgeons de néo sous le cardia.

Entrée à l'hôpital le 23 novembre 1942, le Professeur Dufour intervient et trouve une tumeur inopérable, de consistance ligneuse; il fait une gastrostomie et recueille un lambeau tumoral pour examen histologique.

Sortie de l'hôpital le 26 décembre 1942, elle est traitée à l'oxyferriscorbone sodique; elle reçoit 15 injections; elle n'a plus de pesanteur post-prandiale, ni de douleurs; son appétit est meilleur; elle est moins fatiguée. En somme, elle serait plutôt mieux, si elle ne ressentait une douleur forte dorsale et constante le long de la colonne vertébrale. Son poids est stationnaire depuis son retour chez elle (50 kilos).

En somme, douleurs épigastriques irrégulières. Puis anorexie, pesanteur post-prandiale, grande asthénie, amaigrissement, renvois et gaz nombreux.

OBSERVATION VII.

M. Gar..., résinier, 65 ans, est adressé le 2 mars 1943 pour mélœna.

Pas d'antécédent notable.

Le 19 janvier 1943, dans le courant de la journée, il a plusieurs *lypothymies et 3 ou 4 selles noirâtres.* Il se sent *fatigué.* Le soir, apparaissent quelques *nausées.*

Depuis ce jour-là, *après les repas il ressent quelques malaises vagues* qui durent une heure et demie environ.

Le 24 février, à de nouvelles lypothymies, s'ajoutent des nausées suivies du vomissement d'une gorgée de sang rouge vif. Mélœna. Il aurait de l'appétit, mais il est facilement fatigué par les repas, d'où il se restreint. Teint d'anémique.

L'examen clinique montre une douleur à la pression dans le haut de l'épigastre gauche. Il n'a pas de dents en bas; il est porteur d'un dentier maxillaire supérieur.

L'examen radiographique montre, au niveau même de la lèvre inférieure du cardia, une tumeur de la grosseur d'une fraise, bien soulignée par la baryte qui, débouchant dans l'estomac, fait une cascade sur elle. L'image est assez nette pour permettre d'affirmer le diagnostic et de conseiller l'intervention.

Intervention du Docteur G. Dubourg, qui fait une gastrectomie totale pour cancer immédiatement sous-cardial.

Le 10 décembre 1943, il est très bien : bon appétit, selles normales, nuits bonnes; il a repris 11 kilos; il travaille comme avant, sans fatigue. Il mange de tout sans la moindre gêne; il est revenu nous consulter à notre demande. Radiologiquement, pas de sténose de l'anastomose œsophago-jéjunale, légère dilatation des deux premières anses jéjunales après l'anastomose, au niveau desquelles le transit s'effectue avec lenteur, mais sans néo-sphincter fonctionnel apparent.

En somme, lypothymies, mélœna, nausées, fatigue. Puis, 1 mois après, hématémèse. Laparotomie abdominale, gastrectomie totale. Il est très bien 9 mois après. Mort 13 mois après l'intervention, très rapidement, de broncho-pneumonie grippale.

OBSERVATION VIII.

M. Lal..., 47 ans, vient le 12 mars 1943 pour amaigrissement et hoquet.

On note dans ses antécédents : brûlures et pyrosis, depuis la guerre de 1914, qui cessent en 1926. Puis il est bien pendant 9 ans. En 1935, reprise des troubles par périodes de plus en plus rapprochées. En 1940, il souffre presque constamment et vomit quelquefois. En 1941, le Docteur Lefèvre fait une gastrectomie subtotale pour cancer juxta-cardial.

Très bien pendant 1 an 1/2; il se surmène en septembre 1942 et, dès lors, *il souffre et maigrit.*

Deux examens radiologiques successifs sont négatifs, et cependant les douleurs et l'amaigrissement persistent.

Un 3e examen radiologique, fait en décembre 1942, montre une lésion sous-cardiaque, et le Docteur Lefèvre réintervient le 12 janvier 1943.

A nouveau M. L... se remonte; il reprend 2 kilos; mais, bientôt grippé, il maigrit. Le 9 mars, il a *une forte crise de hoquet et, depuis, présente un point douloureux xiphoïdien.*

L'interrogatoire révèle encore *une dysphagie capricieuse, une salivation intense,* une légère tendance à la constipation.

L'examen est négatif; toutefois, on note la présence d'un petit nodule très dur, sous-mammaire droit, indolore et qui serait d'apparition récente.

L'examen radiologique montre la baryte restant longuement dans l'œsophage, une très petite quantité filtrant à travers le cardia et montrant des irrégularités de la portion supérieure de la petite courbure. Estomac de gastrectomie.

L'oxyferriscorbone amène une amélioration étonnante, mais très passagère. Mort au mois de mai.

En somme, amaigrissement progressif et douleurs épigastriques.

Puis, 6 mois après, une forte crise de hoquet et un point douloureux xiphoïdien; dysphagie capricieuse, sialorrhée, chez un malade déjà opéré pour cancer juxta-cardial.

OBSERVATION IX.

Ancien officier colonial, M. Lon... est âgé de 76 ans lorsque son médecin l'adresse, le 9 avril 1943, à M. J. Dubarry, pour spasmes du cardia résistant aux traitements.

Dans ses antécédents, on retient, au cours de 38 ans de colonies, de nombreux accès palustres; appendicite opérée en 1929; en 1933, ictère infectieux sérieux sans colique hépatique. Pas de dysenterie. Pas d'éthylisme. Pour son âge, M. L... semble être en parfait état; il paraît 10 ans de moins.

Depuis 4 mois, dès la première partie de son petit déjeuner, il ressent une *gêne cardiale qui s'accompagne de hoquets et d'une salivation importante* et qui l'oblige à s'arrêter. Après 1/4 d'heure, il a l'impression que c'est fini, et il peut manger lentement, mais normalement. *D'abord, cette dysphagie était quotidienne;* actuellement, elle existe toujours au petit déjeuner, mais aussi de façon irrégulière aux autres repas; ce sont les aliments semi-liquides qui, surtout, la déterminent. Elle s'accompagne de pyrosis. Il n'a pas de régurgitations, ni de vomissements, mais *d'importantes éructations.* Ses selles sont assez régulières.

L'examen est négatif; peut-être, cependant, a-t-on vaguement l'impression, au palper, d'une masse indolore anormale sous le rebord costal gauche.

L'examen radiologique montre une dilatation de l'œsophage jusqu'au diaphragme, puis, à ce niveau, des irrégularités du bord gauche avec une petite lacune; image en queue de radis; ombre occupant les 2/3 droits de la poche à air gastrique et paraissant due à une tumeur de toute la région du cardia. A noter, en outre, l'ascension relative du diaphragme à droite de l'œsophage; il forme une marche d'escalier avec l'hémidiaphragme gauche, qui est à 5 centimètres plus bas et qui paraît irrégulier, sans doute soulevé par un bourgeon de la tumeur sous-jacente.

Sans être absolument formel, M. J. Dubarry porte le diagnostic de cancer du cardia et prescrit : rhodazil; potion bromurée, belladonée, bismuthée; et si la dysphagie d'allure spasmodique ne cède pas : oxyferriscorbone sodique à laquelle on a recours, car il n'y a pas d'amélioration.

Le 15 août 1943, la ferriscorbone a amené une nette atténuation

passagère des accès de dysphagie qui reviennent au bout de quelques semaines, tandis que l'amaigrissement commence.

Le 22 septembre 1943, on a fait la deuxième série d'oxyferriscorbone; il n'a plus de dysphagie pour les liquides et semi-liquides; il a repris son poids antérieur. Mais, en fin novembre 1943 : asthénie très grande, amaigrissement considérable, aggravation de la dysphagie; le malade meurt peu à peu, ne pouvant plus s'alimenter.

En somme, gêne xiphoïdienne, au début, à la première bouchée du petit déjeuner seulement, surtout déterminée par les aliments semi-liquides; éructations; hoquet; sialorrhée.

OBSERVATION X.

Uss... (Paul), 54 ans, est adressé, le 19 octobre 1943, pour dysphagie.

Dans ses antécédents : une pituite unique, survenue il y a 6 ans; assez souvent des éructations; troubles prostatiques en 1938.

Depuis juillet 1943, il ressent une *dysphagie à début brusque* qui, les premiers temps, fut assez capricieuse, mais est devenue actuellement constante pour les solides.

De plus, un quart d'heure après le repas, apparaît une *douleur xiphoïdienne et dorsale médiane* dont la durée n'est pas inférieure à 2 heures; des *éructations difficiles le soulagent.* Ses troubles s'accompagnent d'une *salivation intense,* de pituites glaireuses, d'une anorexie marquée et d'une tendance très nette à la constipation. *L'amaigrissement actuel est de 8 kilos.* Ses nuits sont bonnes.

L'examen est négatif.

Radiologiquement, la baryte liquide descend sans gêne apparente jusque dans l'estomac; mais un cachet baryté est arrêté à un travers de doigt au-dessus du cardia. L'ingestion de baryte liquide ne peut le faire descendre. Pendant les efforts effectués pour faire descendre le cachet, on constate une aérogastrie progressive. Les clichés ne mettaient cependant en évidence aucune lésion nettement visible. On conclut tout de même à une lésion juxta-cardiaque, et après effet d'un traitement antispasmodique, une laparotomie est conseillée.

Le malade, revu le 4 novembre 1943, est toujours anorexique et constipé. Il n'a pas noté d'amélioration et croit, au contraire, avoir continué à maigrir. Seules, les pituites sont moins fréquentes. La gêne éprouvée un quart d'heure après les repas persiste, si ceux-ci ne sont pas tout à fait liquides.

Le Docteur G. Dubourg, qui intervient, se trouve devant un cancer inopérable de la partie haute de l'estomac, du fait d'énormes métastases ganglionnaires pré-aortiques.

En somme, dysphagie à début brusque, capricieuse, puis devenue constante pour les solides. De plus, un quart d'heure après les repas, crises douloureuses xiphoïdiennes et dorsales médianes d'au moins 2 heures. Salivation intense, pituites glaireuses, anorexie marquée; amaigrissement de 8 kilos.

OBSERVATION XI.

Ancien officier, M. Lal..., âgé de 59 ans, est adressé, le 15 janvier 1944, pour dysphagie. Il a vécu longtemps en Afrique du Nord sans la moindre maladie. Il avait alors un appétit d'ogre et mangeait des omelettes de 12 œufs. Il pesait 118 kilos. Fumeur invraisemblable, il allumait et finissait 12 cigares énormes dans la journée.

On relève dans ses antécédents, de loin en loin, un spasme de la glotte nocturne et une coronarite très améliorée par le caréna.

Rien ne pouvait laisser supposer *l'apparition brusque, il y a 7 à 8 mois* (au début de juin 1943), *d'une dysphagie,* qui avait surtout lieu au début de tous les repas. *Peu à peu, la dysphagie s'est accentuée, déterminant quelquefois des douleurs telles que le malade allait régurgiter, sans difficulté d'ailleurs, pour les faire passer.* C'est le potage qui, au début, déclenchait la dysphagie et les douleurs. La dysphagie a toujours été plus marquée pour les liquides que pour les solides. Les douleurs sont vives et siègent un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde; actuellement, il se nourrit d'aliments semi-liquides. Quand il régurgite, ce sont surtout des glaires, puis l'aliment qui a déclenché la dysphagie. Il n'a pas de salivation excessive, ni mauvaise haleine. Son appétit est bon. Il a perdu 20 kilos depuis le début des troubles. Ses selles sont normales.

L'examen clinique ne révèle rien.

Radiologiquement, stase œsophagienne basse : le liquide ne pénètre que lentement dans l'estomac. Lacune de la petite courbure sous le cardia, avec image de bourgeon irrégulier du volume d'une noix, dessiné par la baryte qui l'enduit, et implanté sur une face à proximité du cardia.

M. Dubarry admet la probabilité d'un gros néo de la petite courbure.

La laparotomie étant conseillée, le Docteur Lefèvre se trouve devant une tumeur inopérable.

En somme, dysphagie à début brusque, parfois douloureuse, les douleurs xiphoïdiennes cédant à une régurgitation provoquée. Ces troubles étaient, au début, déclenchés par le potage, la dysphagie étant plus marquée au début pour les liquides.

Conservation de l'appétit. Amaigrissement de 20 kilos en 7 à 8 mois.

OBSERVATION XII.

Dub... (Robert), 40 ans, est adressé le 18 février 1944, parce que, *depuis 2 mois, il ressent une gêne œsophagienne aussi bien pour les liquides que pour les solides. Elle s'est accentuée depuis 3 semaines.* Depuis 8 jours, il est un peu mieux, car il a pris une potion antispasmodique. *Une heure après le repas, une forte douleur en ceinture persiste et ne cède qu'à l'évacuation de gaz par en bas.* Il lui est difficile d'éructer. Il n'a pas de sialorrhée, ni de régurgitations, ni de pituites.

Ces jours-ci, apparaît une fringale cédant au repas. La nuit, il a, vers 2 heures du matin, des douleurs cédant au procubitus. Il n'a pas d'insomnies. Il sue beaucoup la nuit. C'est un petit fumeur. Ses selles sont normales. Son poids est stationnaire depuis 2 mois (avant, du fait des restrictions, il avait perdu 15 kilos). Petit éthylique.

L'examen est négatif.

A l'examen radiologique, le cachet baryté est très longtemps arrêté à l'orifice diaphragmatique, même après l'ingestion de bouillie barytée. Il n'a pas de lésion organique œsophagienne apparente. Par contre, la petite courbure est très irrégulière dans sa portion

sous-cardiale, donnant même l'impression d'une large niche en plateau (6 cm. de large) sur le versant postérieur.

Le 4 mars 1944, les constatations radiologiques sont les mêmes. Le malade se trouvant amélioré par une potion antispasmodique et des injections intra-dermiques d'Algipan, traitement auquel on ajoute l'oxyferriscorbone sodique.

Le 13 avril 1944, le malade se trouve « parfaitement bien » et a repris 2 kg. 500. Cependant, à l'examen radiologique, la bouillie barytée ne descend qu'avec difficulté; l'image de niche en plateau, constatée la première fois, s'est un peu effacée, mais on voit se détacher, mieux qu'aux deux examens précédents, sur la poche à air, volumineuse, une ombre à contour arrondi comme une mandarine. L'intervention est conseillée.

Le 1er mai 1944, le Docteur G. Dubourg intervient. Grosse tumeur, mais sans grosse réaction ganglionnaire. Une gastrectomie totale peut être réalisée, mais la suture sur l'œsophage ne tient pas, car le cancer remonte sur la portion thoracique et oblige à ouvrir le diaphragme. Syncope mortelle pendant ce temps opératoire.

En somme, dysphagie œsophagienne progressive, mais constante, pour chaque repas; désir d'éructer et grosse difficulté pour y parvenir; douleur en ceinture; appétit conservé et même fringale; poids stationnaire après un amaigrissement de 15 kilos attribué aux restrictions.

OBSERVATION XIII.

Ver... (Jeanne), 60 ans, est adressée, en juillet 1944, pour anorexie et troubles dyspeptiques. Elle présente dans ses antécédents plusieurs kystes hydatiques du foie opérés. Surmenage *en 1942*, puis état dépressif à la suite de la mort de son mari. *Une grande asthénie s'installe et s'accroit.* Insomnies habituelles. Son appétit est bon, sans intolérance, jusqu'*en fin décembre 1943*, où *une anorexie s'installe progressivement*. La malade ne prend plus avec plaisir que des œufs. Elle a constamment la *sensation d'estomac plein* et de *petites pituites*, comme de l'eau chaude. *Une syncope et plusieurs lipothymies*. Depuis, tous les après-midi, douleurs à type de tiraillements cédant au décubitus.

Aussi ne se lève-t-elle guère: seulement de midi à 14 heures et

de 16 à 20 heures. Son alimentation pour la journée comprend 2 ou 3 bols de lait et autant d'eau. Toutes les semaines, elle prend 2 ou 3 œufs. Une alimentation plus copieuse déclenche des nausées, des pituites peu abondantes après de gros efforts, l'impossibilité de faire descendre ces aliments, la sensation de plénitude œsophagienne, des régurgitations. *Son amaigrissement, depuis Noël, se chiffre à 15 kilos.* Elle est toujours constipée.

L'examen montre une femme amaigrie, mais non cachectique, avec un foie de 13 centimètres débordant et sensible.

L'examen radiologique, pratiqué le 26 septembre 1944, montre une stase œsophagienne. La portion toute terminale de l'œsophage a un aspect déchiqueté. Le haut de la petite courbure présente de grosses irrégularités dessinées par la baryte qui descend « en cascades ». La pression de toute cette région est douloureuse.

En somme, asthénie progressive pendant 1 an. Puis anorexie et, par la suite, pituites, tiraillements épigastriques cédant au décubitus, lypothymies. Alimentation liquide et légère imposée non seulement par l'anorexie, mais par l'aggravation des troubles avec, notamment, sensation de plénitude œsophagienne. Amaigrissement de 15 kilos en 6 mois.

OBSERVATION XIV.

M. Mar..., 65 ans, contremaître dans une fabrique de ciment, sans antécédent notable, présente, depuis 3 à 4 semaines, quand il vient consulter, le 6 janvier 1945, une *dysphagie pour les aliments solides;* il doit boire un peu pour les aider à descendre. Il n'a pas de douleur. Quelquefois, le matin, surtout au petit déjeuner, à moitié repas, il a l'impression d'un arrêt xiphoïdien, puis survient une *régurgitation non du début du déjeuner, mais d'un liquide gluant,* représentant le volume d'un demi-verre.

A la fin du petit déjeuner, il avale sans aucune gêne. Son appétit est resté bon. Depuis 1 mois, il a également des intervalles de diarrhée et de constipation. Il a maigri de 1 kilo.

L'examen est négatif.

L'examen radiologique montre une dilatation intéressant même la portion sus-diaphragmatique de l'œsophage; la baryte dessine un canal étroit, dès qu'elle a franchi le cardia, dont le plancher

est la petite courbure et qui est surmonté par une image grise, à contours nets, grosse comme une mandarine se détachant, dans certaines positions obliques, sur la poche à air gastrique.

Adressé au Docteur G. Dubourg dans l'espoir d'une gastrectomie totale possible, celui-ci intervient. Tumeur inopérable, et il referme, jugeant inutile une gastrectomie.

En somme, dysphagie pour les solides avec régurgitations non alimentaires. Cette dysphagie disparaît en fin de repas. L'appétit est conservé.

OBSERVATION XV.

Bar... (Alexis), 44 ans, ostréiculteur, est adressé, en avril 1947, pour des douleurs épigastriques violentes, avec le diagnostic d'ulcère juxta-cardial. Ce malade ayant été opéré deux ans auparavant d'une perforation ulcéreuse située tout près du cardia, sur la face antérieure.

A noter deux syphilis successives en 1938 et 1944; il est en cours de traitement bismuthique.

Histoire assez nettement ulcéreuse remontant à 1938. Depuis octobre 1946, troubles continus et progressifs; *douleurs épigastriques avec nausées* qui surviennent au début des repas et le soulagent. *Au début des repas, il éprouve parfois une sensation d'arrêt des aliments.* Quand il mange trop vite, il a parfois *des régurgitations non des aliments, mais d'un liquide glaireux.*

Depuis 6 mois, il *maigrit* (16 kilos); il est insomnique depuis 1 mois 1/2 et souffre à longueur de journée depuis 25 jours. Il est anémié. T.A.: 13-8. Echec du bromure atropine I.V. et de l'oxyferriscorbone sodique.

De plus, le 19 mai 1947, il est hospitalisé, car il est plus fatigué; il présente une anémie marquée, un foie gros et dur à bord tranchant, de type néoplasique.

Examen de sang, le 22 mai 1947 : hémoglobine, 85 %; hématies, 2.080.000; leucocytes, 11.200; polynucléaires neutrophiles, 78 %; éosinophiles, 7 %; lymphocytes, 14 %; monocytes, 1 %.

L'examen radiologique montre un estomac déformé avec, dans la partie moyenne de la portion verticale, un défilé par trop étroit cependant. On croit deviner, au négatoscope, sur certains clichés,

immédiatement au-dessus du défilé, une zone gastrique arrondie qui est sans doute une grosse niche ulcéreuse vue de face.

En somme, douleurs épigastriques, dysphagie et nausées au début des repas; régurgitations; amaigrissement de 16 kilos en 6 mois; anémie grave hyperchrome.

OBSERVATION XVI.

And... (Henri), 51 ans, vient, en avril 1947, pour crise anginoïde suivie de syncope, avec le diagnostic douteux d'insuffisance surrénale.

Il a vécu 26 ans en Côte-d'Ivoire, où il a eu de rares accès palustres.

Revenu en France en avril 1946, *fatigué, vieilli, amaigri, hypotendu, avec quelques angoisses précordiales.* De retour en Côte-d'Ivoire en octobre 1946, il a *une crise anginoïde suivie de syncope* et entre à l'hôpital d'Abidjan, où l'on admet sans conviction le diagnostic d'insuffisance surrénale. Il revient alors en France en avril 1947; il a *plusieurs crises angineuses et syncopales, une hypotension, une anémie* (*3.600.000 hématies*). Une crise particulièrement violente, accompagnée d'une forte « aérophagie », fait décider un examen radiographique digestif, et l'on découvre un néoplasme étendu du pôle supérieur de l'estomac.

Des injections d'oxyferriscorbone sodique et un traitement antipalustre préparent à l'intervention. Le Docteur Lefèvre fait une laparotomie abdominale le 4 août 1947. Très grosse tumeur fixée à la région cæliaque et au pancréas avec des ganglions préaortiques; l'exérèse est impossible.

Puis les crises angineuses cessent. Mais, au début de novembre 1947, il perd un peu de son appétit, et un état grippal, légèrement fébrile, survient, s'accompagnant de crises douloureuses épigastriques intenses et d'une anorexie totale. Il a 2 ou 3 vomissements pituiteux et bilieux. On commence un traitement avec des comprimés de complexes ferroso-tartriques qui amènent une atténuation des douleurs, une reprise de l'appétit, un gain de 3 kilos.

Par la suite, 2 ou 3 périodes douloureuses durent une dizaine de jours chacune. La masse néoplasique occupe tout l'épigastre.

La radiologie montre que la tumeur a envahi à peu près tout

l'estomac. Anémie isochrome à 3.550.000 hématies; la formule leucocytaire est normale.

Au début du mois de juin 1948, apparition d'une fluxion hémorroïdaire et d'œdème des membres inférieurs; les douleurs reviennent; amaigrissement; il perd à nouveau l'appétit. Puis amélioration et, le 1er septembre, il est pris d'une violente douleur et il meurt en 3 jours.

En somme, fatigue, hypotension, angoisses précordiales. Puis, 5 mois après, crise anginoïde et syncope qui réapparaîtront encore 7 mois après. Une de ces crises très violentes s'accompagne d'aérophagie et amène à faire une radiographie digestive qui montre un cancer du pôle supérieur. Anémie. La laparotomie faite montre l'impossibilité de l'exérèse.

OBSERVATION XVII.

En juin 1942, M. Abr..., épicier, de 46 ans, est déjà venu à la consultation pour des troubles colitiques. Iranien, habitant la France depuis 20 ans, il n'a jamais eu de dysenterie véritable, mais, à l'examen de selles, on trouve de rares kystes d'amibes dysentériques. Le traitement banal fait disparaître ces troubles. Ils reviennent en janvier 1948, puis cessent au début d'avril, à la suite de la reprise du traitement.

Cependant, depuis janvier 1948, *il se superpose, aux troubles normaux, des troubles gastriques et un amaigrissement de 3 kilos.* C'est alors que nous voyons M. Abr..., qui venait d'être radiographié au point de vue gastrique et duodénal. Le traitement antiulcéreux, porté sur les conseils du radiologiste, était resté sans effet sur la dyspepsie. *Quand il avale, il ressent une douleur du flanc gauche cédant, en partie, à du liquide qui fait descendre les aliments. Ses repas sont une succession de bouchées et de gorgées d'eau.* Aussitôt son petit déjeuner pris, il souffre, et ceci d'un bout à l'autre de la journée; il est ballonné. Etendu, il est soulagé. Les nuits sont bonnes. Il ne tolère pas les sauces, les épices, les tomates, le chou, les charcuteries, le vin blanc. C'est un fumeur qui garde le même plaisir à fumer. Ethylisme dévoilé ultérieurement.

L'examen du 21 avril 1948 ne décèle aucune anomalie nette. Mais le nouvel examen radiologique montre un très léger retard du

transit dans le tiers inférieur de l'œsophage. Dans la portion droite de la poche à air, se dessine une ombre arrondie comme une mandarine, avec quelques petits sillons soulignés par la baryte. Liquide de stase abondant. Bulbe normal.

Le diagnostic de tumeur du cardia est posé, et l'intervention confirme le diagnostic. Gastrectomie totale par le Docteur G. Dubourg. Suites immédiates bonnes, mais *delirium tremens* au bout d'une semaine emportant le malade.

En somme, douleur du flanc gauche quand il avale, cédant, en partie, à des liquides faisant descendre les aliments. Il reste cependant une douleur constante toute la journée. Il est soulagé par le décubitus; ballonnement.

OBSERVATION XVIII.

Pej... (Pierre), 61 ans, retraité de la S.N.C.F., vient, le 6 janvier 1948, pour dysphagie. Ce malade a été opéré en 1941 pour ulcère; l'examen histologique pratiqué alors n'a pas montré de transformation maligne. Il fut très bien jusqu'à il y a 6 mois. Mais, depuis, *il a maigri (15 kilos);* il éprouve une *sensation d'arrêt des aliments dans la région rétrosternale* et, parfois, *rejette des glaires.* La radiologie ne révèle rien.

Revu le 27 janvier 1948, on voit le segment sous-diaphragmatique de l'œsophage et la région de la poche à air repoussés vers la gauche par une masse dont l'opacité se confond avec l'opacité hépatique. On note également quelques modifications du type lacunaire de la zone juxta-cardiaque.

La gastrectomie totale est conseillée, mais le malade refuse l'opération. Il se décide enfin lorsqu'un état de cachexie important est atteint. Il meurt le lendemain de l'intervention.

En somme, amaigrissement de 15 kilos en 6 mois. Puis dysphagie et rejet de glaires.

OBSERVATION XIX.

Pil... (Alida), 62 ans, est adressée, le 10 septembre 1948, pour des crises douloureuses épigastriques. Elle est soignée depuis 20 ans pour le foie et a souvent des crises de diarrhée; il y a

2 ans, au cours d'une fièvre intestinale qui dura une semaine, elle rejeta un ascaris par la bouche et, depuis, elle attribue aux vers certaines des crises qu'elle ressent.

En avril 1948, au lendemain d'un surmenage et d'une grosse émotion (accident du mari), elle est prise toute la journée *de grands vomissements bilieux*. Depuis, *elle est asthéniée;* son teint est mauvais. *Malgré un bon appétit, elle maigrit progressivement :* 9 à 10 kilos depuis avril. Très nerveuse, elle a de fréquentes insomnies.

En juillet 1948, en dépit des traitements suivis, elle a, en moyenne, 2 crises douloureuses par semaine. Ses douleurs surviennent toujours après le repas du soir; parfois, la crise est courte; d'autres fois, elle dure toute la nuit et s'accompagne de nausées, de pituites non amères qui sont faciles et la soulagent. Les fruits et la graisse mis à part, elle n'a pas d'intolérance. Mais dès qu'elle a pris quelque chose, elle doit s'étendre pour digérer. Tout son ventre est ballonné. Il se produit une rémission de courte durée, puis, à nouveau, elle ne peut manger sans avoir d'étouffements, si elle ne s'étend pas; elle ressent alors des palpitations qui accompagnent le ballonnement. Elle ne peut reposer que tout à fait à plat sur le dos.

Peut-être palpe-t-on une masse épigastrique gauche. Le reste de l'examen est négatif. Pas de signe de Murphy notamment.

L'examen radiologique montre une légère dilatation de l'œsophage. La baryte met en évidence, dès sa pénétration dans l'estomac, une masse irrégulièrement arrondie, comme une grosse noix, se détachant sur la poche à air qui est d'assez petit volume.

L'intervention est conseillée. En attendant, on lui fait des injections d'oxyferriscorbone sodique.

En somme, au cours d'une vieille histoire dyspeptique, apparemment biliaire, le lendemain d'une grosse émotion : vomissements, asthénie et amaigrissement brutal, malgré la conservation de l'appétit. Crises douloureuses épigastriques, surtout nocturnes, irrégulières dans leur survenance et leur durée.

OBSERVATION XX.

M. Pen..., 70 ans, cultivateur, est adressé, le 24 novembre 1948, pour une dysphagie remontant à 3 ans et attribuée, par des radio-

logistes, à un simple spasme du cardia. Son état général est bon, avec simplement une légère anémie (4.100.000 hématies). Le médecin traitant redoute un néoplasme.

En fait, depuis 1945, M. Pen... *ressent de temps en temps un petit arrêt au niveau de l'œsophage, cédant à une gorgée d'eau.* Ceci dure 2 ans, sans autre symptôme.

Au cours de l'été 1947, *il souffre de l'estomac* par périodes variant de 8 à 15 jours; cependant, les douleurs ne sont pas quotidiennes. A la fin des grands travaux, il est mieux pendant quelques semaines et n'éprouve que quelques malaises irréguliers. Dès qu'il reprend son travail, les maux d'estomac reviennent plus fort, à peu près quotidiennement et sans périodicité. Ses gastralgies apparaissent une heure après le casse-croûte qui est pris au réveil avec bon appétit. La zone douloureuse est étendue; elle est rétrosternale et épigastrique. Tout ceci s'accompagne de soulèvements d'estomac sans vraies envies de rendre, mais plutôt avec *désir d'éructer.* Souvent, les sels de Hunt le soulagent quand la douleur ne passe pas spontanément d'elle-même. Son repas de midi pris, il est bien jusqu'à 3 ou 4 heures où la crise recommence, semblable à celle de la matinée. Ses soirées sont bonnes s'il se couche. Il n'a de crises nocturnes que s'il couche sur son côté droit. Il est constipé. Il a maigri durant l'été, mais reprend son poids pendant l'hiver.

Au printemps de 1948, la gêne œsophagienne est devenue quotidienne et de plus en plus forte. Avec l'été, l'amaigrissement reprend.

En septembre 1948, les gastralgies cessent, mais la gêne œsophagienne persiste.

Au mois d'octobre, seuls les liquides passent; il rejette ce qu'il mange.

Le 20 novembre, il reste 24 heures sans pouvoir avaler.

Actuellement, *il a perdu 6 kilos* sur son poids de l'an dernier.

L'examen radiologique montre une très grosse aérogastrie et aérocolie globale. En position debout, on remarque une ombre obstruant l'extrémité droite de la poche à air dans la région du cardia. La bouillie barytée s'accumule dans le tiers inférieur de l'œsophage qui se distend, donnant, à première vue, l'impression d'un méga-œsophage; mais la queue de radis a des contours irréguliers. La baryte s'insinue dans le canal étroit pour aboutir, à travers l'ombre que l'on voit à l'extrémité droite de la poche à air, dans le cul-de-sac antérieur de la grosse tubérosité. En procubitus,

la baryte se répand en nappe, montrant les aspérités de ce cul-de-sac, cul-de-sac qui est déterminé par l'aérocolie transverse soulevant cette portion gastrique. Au bout de 4 heures, une partie de la baryte a été régurgitée; cependant, il en reste dans l'œsophage, et une partie minime a pu gagner l'estomac.

En somme, dysphagie remontant à 3 ans, tout d'abord intermittente; petit arrêt œsophagien cédant à une gorgée d'eau. Aucun autre symptôme pendant 2 ans. Amaigrissement n'apparaissant qu'à la 3e année.

OBSERVATION XXI.

Cel... (Louis), 45 ans, adressé, le 7 décembre 1948, pour gastropathie et amaigrissement, avec le diagnostic probable d'ulcus de la partie supérieure de la petite courbure. Il pèse 54 kilos.

Depuis le mois d'août 1948, il présente une *dysphagie pour les solides* et a l'impression de mâchure xiphoïdienne qui cessait à la fin des repas. Son appétit resté bon, il ne mangeait plus par crainte. Il est *soulagé par des renvois qui, d'ailleurs, se produisent à longueur de journée.* Un traitement à la gastrocalcine a amené depuis 1 mois une régression légère des signes, et il se remet à manger. Quelquefois encore, il ressent une gêne pour avaler, mais elle cède à une gorgée d'eau.

C'est un petit fumeur qui a gardé le goût du tabac.

L'examen radiologique montre une petite niche sous le cardia et une zone grise, dans la partie droite de la poche à air, qui pourrait fort bien être un cancer.

Le 28 janvier 1949, il pèse 53 kilos; la dysphagie capricieuse a disparu. Il n'a pas d'appétit. On pense toujours à un cancer du cardia dont on pose le diagnostic le 22 février.

Le 10 mai 1949, il pèse 51 kilos. Il a subi une gastrectomie transthoracique. Il a peu d'appétit et présente des pituites bilieuses. Il ne supporte plus le café au lait, le beurre, les repas gras. Des crises de toux nocturnes s'accompagnent d'expectoration fétide. Tous les soirs, ses pieds sont enflés. Il a eu une pleurésie purulente de la base gauche qui est guérie.

Le 13 septembre 1949, il pèse 47 kg. 950. Il est fatigué. Dès la fin des repas, apparition de somnolence et de douleurs. Quelque-

fois, vomissements bilieux. Il ne supporte pas du tout le lait. Il ne peut pas dormir couché, sinon les liquides remontent. Son foie déborde.

Le 25 octobre 1949, il pèse 45 kg. 900. Des troubles légers persistent.

En somme, amaigrissement progressif. Dysphagie pour les solides. Eructations. Puis perte de l'appétit, alors que, sous l'influence du traitement, les autres signes régressent, sauf l'amaigrissement qui, progressivement, augmente.

OBSERVATION XXII.

Via... (Pierre), 35 ans, boucher, adressé par son médecin traitant le 20 janvier 1949 pour anorexie suivie d'amaigrissement rapide.

Petit fumeur, gros mangeur, gros éthylique. Soigné, en 1945, par le Professeur Broustet, pour arythmie nodale.

Depuis de longues années, pituites au réveil, nuits agitées.

Le 16 octobre 1948, *le soir, survient, après la prise de deux verres de vin blanc doux, un vomissement avec caillots de sang; et, à 3 heures du matin, grosse hématémèse d'abord rouge, puis noire.* Depuis, il présente une *anorexie* complète pour les viandes, suivie d'un *amaigrissement considérable* (15 kilos en 3 mois). Il est devenu facilement fatigable. Il n'a jamais de douleurs. Il présente des *nausées, des pituites, des sensations d'étouffement s'il se force à manger;* alors, il attend 2 ou 3 minutes, et ces sensations passent.

Un ganglion sus-claviculaire gauche est gros, dur, mobile, polylobulé. La région hépatique est douloureuse.

L'examen radiologique montre le 1/3 inférieur de l'œsophage dilaté.

Le diagnostic de cancer de la région du cardia est posé.

Il meurt en avril 1949.

En somme, hématémèse, anorexie, amaigrissement de 15 kilos en 3 mois; nausées, pituites; apparition d'un ganglion de Troisier.

OBSERVATION XXIII.

Rou... (Antoinette), 79 ans, vient, le 8 février 1949, pour des *troubles dyspeptiques dont le début remonte au mois de juillet 1948.*

Ces troubles se sont installés progressivement, d'abord par périodes de quelques jours, à quelques jours d'intervalle où ce n'était pas parfait. Mais, depuis 1 mois, elle souffre davantage et sans répit. *Elle est très asthéniée et sans appétit.* Son réveil est bon. En prenant son petit déjeuner, elle a souvent l'*impression que les aliments ne descendent pas* et ressent alors une *douleur dans le flanc gauche.*

Elle a beaucoup de gaz qui ne sortent qu'en déterminant une douleur intense qui, parfois, la fait crier. En fin de matinée, les troubles s'apaisent. Quelquefois, elle rend son repas dès qu'elle le prend, et cela la soulage aussitôt.

L'après-midi, elle supporte les mêmes troubles, mais en plus fort. Elle n'a pas d'intolérance élective. Elle est mieux en fin d'après-midi, continuant cependant à souffrir un peu du flanc gauche. Ses soirées sont bonnes, car elle mange à peine et absorbe un peu d'éther. Au cours de ses nuits qui sont habituellement mauvaises, elle a souvent des *pituites.* Devenue constipée depuis l'apparition des troubles. *Elle vient de maigrir.*

Tout l'épigastre est tendu.

L'examen radiologique montre la baryte ne descendant que très lentement et ne progressant, en arrivant au tiers inférieur de l'œsophage, que grâce à des contractions assez violentes, bien visibles. Ces contractions permettent même une éjaculation de la baryte épaisse ou du lait baryté dans l'estomac, dessinant, d'un trait fin, un trajet un peu sinueux dans la région du cardia; puis, la baryte, qui a gagné le corps de l'estomac, montre une image gastrique toujours insuffisamment remplie.

On ne peut dire si les irrégularités observées au niveau de la grande courbure et dans la région antrale sont le fait de ce remplissage insuffisant ou d'une lésion organique. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il existe un obstacle évident à la pénétration de la baryte dans l'estomac. Il s'agit à peu près certainement d'un néoplasme.

En somme, troubles dyspeptiques vagues, d'abord périodiques. Au bout de 6 mois, douleur véritable. Dysphagie au petit déjeuner. Eructations douloureuses à la fin des crises. Régurgitations qui soulagent.

OBSERVATION XXIV.

Const... (Marie), 62 ans, est adressée, le 11 février 1949, pour pituites, éructations et amaigrissement.

L'interrogatoire montre une histoire très ancienne de périodes dyspeptiques qui évoquent un ulcère; puis, depuis mars 1948, apparaissent *un gros amaigrissement (15 kilos) et une anorexie.* Depuis décembre, éructations incessantes et petites pituites glaireuses dès qu'elle mange, mais surtout déclenchées par la viande et le pain. Elle se nourrit de jambon d'York, de pommes de terre et de pâtes.

Radiologiquement, il semble qu'il y ait un très gros ulcère du tiers moyen de la petite courbure. Le pôle supérieur de l'estomac, dans sa moitié interne, présente un aspect extraordinaire : gros chou-fleur. Le lait baryté ne descend que très lentement dans l'estomac. Probabilité de cancer juxta-cardial. La malade est hostile à toute intervention. Une série d'injections d'oporascine amène une stabilisation passagère. Mort en septembre 1949.

En somme, chez une vieille dyspeptique à type ulcéreux : amaigrissement progressif, anorexie; puis éructations incessantes, petites pituites glaireuses.

COMMENTAIRES DE NOS OBSERVATIONS

Nous pouvons noter, d'après l'analyse de nos 24 observations, que les signes cliniques initiaux des cancers de la région du cardia sont, soit :

1° *La dysphagie* rencontrée dans 11 cas. — Les conditions d'apparition et les caractères de cette dysphagie sont variables. Son apparition a été brusque (observations III, X, XI, XXI) ou, au contraire, progressive (observations IX, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XX). Elle est parfois capricieuse (observations XX et XXI) ou complète d'emblée (observation III); elle est, dans les autres cas, régulièrement progressive dans son intensité. Elle est provoquée par les solides (observations X, XIV, XVII, XX, XXI) ou aussi bien par les liquides que par les solides (observations III, XI, XII, XV, XVIII) ou par les aliments semi-liquides (observation IX).

Sur ces 11 cas, 2 fois elle est seule le premier symptôme (observations III, XX); 9 fois d'autres signes survinrent simultanément (observations IX, X, XI, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XXI), et ces signes qui accompagnèrent la dysphagie ont été :

4 fois des douleurs épigastriques;

3 fois des régurgitations non alimentaires, mais d'un liquide glaireux;

3 fois des éructations;

2 fois une sialorrhée;

1 fois le hoquet.

Enfin, cette dysphagie a marqué 7 fois (observations X, XI, XIV, XV, XVII, XVIII, XXI) le début d'un amaigrissement.

2° *Des douleurs épigastriques* rencontrées dans 5 cas. — Dans l'observation V, elles sont le seul symptôme initial, mais dans les observations I et IV, elles sont accompagnées de vomissements, tandis que dans les observations VI et VIII (ainsi d'ailleurs que dans l'observation IV déjà citée), elles ont marqué le début d'un amaigrissement.

3° *Des troubles dyspeptiques* rencontrés dans 2 cas (observations II, XXIII).

4° *Le mélœna* rencontré dans 1 cas (observation VII).

5° *Une hématémèse* (observation XXII).

6° *Une asthénie progressive* (observation XIII).

7° *Des crises douloureuses de type angineux*, suivies de syncope (observation XVI).

8° *Des vomissements bilieux* (observation XIX).

9° *Une anorexie* coïncidant avec un gros amaigrissement (observation XXIV).

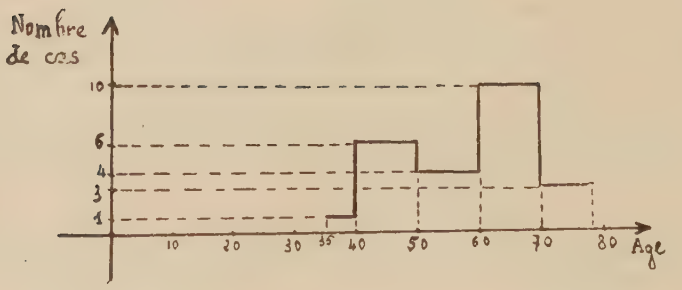
En somme, le symptôme initial le plus fréquent est la dysphagie. Il semble donc que, très souvent, ce soit lorsque la tumeur atteint le cardia qu'elle est cliniquement décelable.

Signalons, en outre, que 19 fois il s'agissait d'hommes et 5 fois de femmes, ce qui représente une fréquence 4 fois plus grande chez l'homme que chez la femme.

Nous remarquons que dans 3 cas concernant des femmes, une forte émotion a soit immédiatement précédé le début des troubles (mort du mari dans l'observation XIII, accident du mari dans l'observation XIX), soit accéléré, semble-t-il, l'évolution de la maladie (mort du fils dans l'observation VI).

Le sujet le plus jeune avait 35 ans; le plus âgé, 79 ans. D'après ces 24 cas, l'âge moyen est 58 ans.

Les variations du nombre de cas rencontrés en fonction de l'âge des sujets atteints (âge considéré par dizaines d'années) peuvent, d'après nos observations personnelles, être représentées par le graphique suivant :



Sur 24 cas, il s'agit, pour 20 d'entre eux, soit 83 %, de sujets âgés de 40 à 70 ans et, dans cette période, le maximum de fréquence est de 60 à 70 ans.

Sans vouloir discuter l'étiologie de ces cancers, il semble intéressant de signaler qu'il s'agissait :

1° 5 fois de malades opérés l'un pour cancer juxta-cardial (observation VIII), un autre pour ulcère cancérisé (observation I) et les trois autres pour simple ulcère (observations V, XV et XVIII), dont l'un (observation XV) était situé très près du cardia. Il est regrettable que nous n'ayons aucun cliché, ni plus de précisions sur la période considérée comme uniquement ulcéreuse de ce malade, et il devient ainsi difficile de savoir s'il s'agit véritablement d'un ulcère transformé ou simplement d'un cancer ulcériforme. Cependant, sa longue histoire clinique permet de penser qu'il s'agit plus vraisemblablement d'une transformation. Cette observation viendrait donc appuyer l'opinion de Gutmann et de ses collaborateurs (20) (p. 173), pour lesquels la région cardiale et immédiatement sous-cardiale leur donne l'impression, au point de vue de la transformation, d'être mauvaise;

2° 3 fois d'éthyliques (observations IV, XVII, XXII);

3° 2 fois de malades souffrant de lithiase ou de troubles hépato-biliaires (observations VI, XIX);

4° 1 fois d'un fumeur invraisemblable (observation XI);

5° 1 fois d'une dyspeptique à type ulcéreux (observation XXIV);

6° 1 fois d'un malade ayant depuis 6 ans des éructations fréquentes (observation X).

Entre les premiers signes qui auraient pu permettre de faire le diagnostic et le moment où les malades sont venus consulter M. Dubarry, il s'est écoulé un délai qui, pour chacun d'eux, est, dans l'ordre de nos observations, de : 5 mois, 1 mois, 8 mois, 4 à 5 mois, 3 mois, 1 mois 1/2, 6 mois, 4 mois, 3 mois, 7 mois, 2 mois, 18 mois, 3 à 4 semaines, 6 mois, 12 à 15 mois, 3 mois, 6 mois, 5 mois, 3 ans, 4 mois, 3 mois, 7 mois, 11 mois.

Ce qui représente un délai moyen de près de 7 mois, délai dont on mesure tout le caractère catastrophique si on note que, sur 24 cas, 5 seulement ont pu être opérés, dont 2 avec succès. Certes, depuis 1948, la connaissance des techniques chirurgicales américaines, l'utilisation systématique des nouveaux moyens anesthésiques en circuit fermé, permettent l'exérèse pour des cas où, avant cette date, le chirurgien la jugeait impossible, soit d'après l'aspect radiologique, soit à la laparotomie.

Plusieurs fois où le malade n'a même pas été confié au chirurgien, les traitements institués n'ont pu aboutir que 6 fois par les complexes ferroso-ferriques de A. Morel, F. Arloing et A. Josserand, à une amélioration passagère, parfois remarquable cependant [1].

***

Dans la littérature médicale de langue française, nous n'avons trouvé que 60 observations de cancers de la région du cardia; chiffre évidemment très inférieur à la réalité, ce diagnostic n'ayant guère suscité de travaux tant qu'aucune intervention chirurgicale efficace ne fut connue. Nous pouvons rapporter ces 60 observations; mais nous ne donnerons pour chacune d'elles que les signes initiaux que nous avons relevés et nous verrons si ces signes d'alarme concordent avec les nôtres. Pour per-

1. Dans les cas observés les premières années, il s'agissait de Ferriscorbone sodique intraveineux (dérivé ferroso-ferrique d'acide ascorbique) ; puis d'oxyferriscorbone sodique intramusculaire (complexe ferroso-ferrique d'acide digulonique et d'acide alloxanique) ; enfin, pour un dernier cas, de complexe ferroso-tartrique, pris *per os*.

mettre une comparaison plus facile avec le commentaire de nos observations, nous adopterons le même plan; nous grouperons les observations d'après le symptôme initial et par ordre de fréquence décroissante.

1° 14 Observations dans lesquelles le symptôme initial est une dysphagie.

OBSERVATION III, de Pinchart (33). — Homme de 60 ans, présentant depuis 10 mois une dysphagie constante et progressive. En outre, il a eu quelques vomissements, mais jamais d'hématémèse; selles brunes noirâtres. Amaigrissement important.

OBSERVATION V, de Michel (30). — Homme de 75 ans. Depuis 2 mois, s'est installée une dysphagie pour les solides. Il a souvent des régurgitations survenant après l'ingestion d'aliments solides. Anorexie; amaigrissement; asthénie.

OBSERVATION I, de Soulié (42). — Homme de 43 ans. Il y a 2 mois, au cours d'un repas, disparition brusque de l'appétit avec impossibilité de prendre aucun aliment. Le soir, le même fait se reproduit. Puis tout rentre dans l'ordre. Il y a 10 jours, sensation d'étranglement et ne put rien absorber du repas.

OBSERVATION II, de Soulié (42). — Homme de 56 ans. Depuis 5 mois, dysphagie légère pour les solides et douleurs vagues et difficiles à localiser.

OBSERVATION IV, de Soulié (42). — Homme de 35 ans. Dysphagie progressive, douleurs post-prandiales; appétit diminué; amaigrissement.

OBSERVATION I, de Cain, Marchand et Augier (6). — Homme de 65 ans. Dysphagie progressive depuis 7 mois, d'abord pour les solides, puis pour les liquides, et déterminant une gêne profonde dans l'hypochondre gauche avec altération progressive de l'état général.

OBSERVATION III, de Poinot (34). — Homme de 56 ans. Depuis 1 an 1/2, dysphagie progressive pour les solides.

OBSERVATION VII, de Poinot (34). — Homme de 62 ans. Il y a 3 mois, au cours d'un repas, apparition brusque d'une dysphagie disparaissant quelques minutes après. Depuis, la dysphagie a lieu surtout pour les liquides et il s'y ajoute des douleurs de la base du thorax, en ceinture et d'intensité croissante.

P. Mounier, Kuhn et Cl. Béraud (31) apportent CINQ OBSERVATIONS d'hommes âgés respectivement de 52, 73, 51, 54 et 52 ans, et chez lesquels le signe initial fut une dysphagie capricieuse, insidieuse dans son apparition, assez bien supportée pendant longtemps (3 à 6 mois), entraînant une baisse pondérale qui n'apparaît que très progressivement, s'accompagnant quelquefois de régurgitations alimentaires.

OBSERVATION VII, de F. Moutier et Nemours (32). — Homme de 55 ans. Dysphagie disparaissant par déglutition d'eau.

L'étude de la dysphagie, dans ces 14 cas, n'apporte pas de conclusions nouvelles à celle de nos observations personnelles. Nous constatons que la dysphagie s'installe beaucoup plus souvent de façon progressive que brusquement; qu'elle peut être, dans une minorité de cas, capricieuse; qu'elle est plus fréquente pour les solides que pour les liquides; qu'elle apparaît rarement seule, mais est le plus souvent accompagnée d'autres signes cliniques; qu'elle marque enfin très souvent le début d'un amaigrissement. Nous remarquons que ces 14 observations concernent des hommes, comme d'ailleurs les 11 de nos observations où la dysphagie est le signe initial.

2° 10 Observations dans lesquelles le symptôme initial est l'amaigrissement.

OBSERVATION IV, de Jacquier-Bret (23). — Homme de 58 ans. Il maigrit et perd petit à petit son appétit.

OBSERVATION XIX, de Jupin (24). — Femme de 36 ans. Amaigrissement de 27 kilos en 3 mois.

OBSERVATION de Sarles (41), pp. 46 et 47. — Homme de 52 ans. Il maigrit depuis 10 mois. Depuis 6 mois, dysphagie.

OBSERVATION IV, de Poinot (34). — Femme de 77 ans. Amaigrissement de 13 kilos en 1 an.

OBSERVATIONS de F. Moutier et Nemours (32):

I. — Homme de 60 ans. Amaigrissement de 17 kilos en 3 mois et élancements douloureux dans l'hypochondre droit.
II. — Homme de 57 ans. Amaigrissement de 14 kilos en 5 mois.
III. — Femme de 43 ans. Amaigrissement de 5 kilos en 6 mois.
VI. — Homme de 54 ans. Amaigrissement de 15 kilos en 8 mois.
X. — Homme de 56 ans. Amaigrissement de 23 kilos en 1 an.
XI. — Homme de 69 ans. Amaigrissement de 10 kilos en 5 mois et douleur continue.

Nous n'avons noté dans nos observations qu'un seul cas dans lequel un amaigrissement important pouvait être pris comme symptôme initial, encore coïncidait-il avec une anorexie.

Les 10 cas que nous venons de mentionner nous permettent de constater que l'amaigrissement peut se voir seul avec un appétit conservé et sans aucune autre manifestation clinique.

3° 9 Observations dans lesquelles des douleurs épigastriques sont le symptôme initial.

OBSERVATION I, de Jacquier-Bret (23). — Homme de 68 ans. Depuis 6 mois, douleurs épigastriques, anorexie et amaigrissement progressif.

OBSERVATION V, de Soulié (42). — Homme de 45 ans. Douleurs épigastriques apparaissant après les repas. Appétit diminué et gros amaigrissement. Tout ceci depuis 8 mois.

OBSERVATION III, de Charrier et Charbonnel (10). — Femme de 51 ans. Douleurs épigastriques; seul symptôme pendant 7 mois.

OBSERVATION de Roubier, Bouysset, Mlle Guillemin (39). — Femme. Douleurs à l'épigastre sans caractère précis, accompagnées de vomissements glaireux à jeun. Amaigrissement et accentuation d'une anémie ancienne vérifiée 10 mois après.

OBSERVATION III, de Cain, Marchand et Augier (6). — Homme de 65 ans. Douleur épigastrique aiguë, transfixiante, s'irradiant sous les rebords costaux, est survenue brusquement la nuit. Depuis, il ressent des douleurs qui durent 3 heures environ et accompagnent chaque prise d'aliments.

OBSERVATION I, de Cain et Oury (8). — Femme de 59 ans. Douleurs épigastriques depuis 1 an.

OBSERVATION de Louis Ramond (38). — Homme de 47 ans. Depuis 1 an, douleurs sourdes, lancinantes, presque constantes, sans paroxysmes, siégeant à la partie supérieure de l'abdomen et à la base du thorax.

OBSERVATION VI, de Poinot (34). — Homme de 66 ans. Crises douloureuses épigastriques survenant 3 à 4 heures après les repas, d'abord irrégulières, puis allant en se rapprochant; ne se compliqueront que quelques années après de régurgitations.

OBSERVATION IX, de F. Moutier et Nemours (32). — Homme de 55 ans. Par périodes de 8 jours à 8 jours d'intervalle, douleurs épigastriques tardives à type de brûlure.

4° 7 Observations ou les troubles dyspeptiques marquent le début des signes cliniques.

OBSERVATION I, de Rousseau (40). — Femme de 61 ans. Digestions lentes et difficiles, pesanteurs épigastriques et ballonnement après les repas. Anorexie. Amaigrissement.

OBSERVATION de Michel (30), p. 35. — Homme de 43 ans. Malaises aussitôt après les repas, pesanteur au creux épigastrique, régurgitations un peu acides, bouffées de chaleur. Ces troubles ont marqué le début d'un amaigrissement qui, 9 mois après, se chiffre à 15 kilos.

OBSERVATION III, de Soulié (42). — Homme de 40 ans. Troubles vagues que le malade ne localise pas, avec un appétit diminué et un amaigrissement.

OBSERVATION I, de Mareschal (28). — Homme de 62 ans. Des sensations douloureuses peu intenses et mal localisées aux parties inférieure du thorax et supérieure de l'abdomen, des pesanteurs post-prandiales, une anorexie sans dégoût électif, un amaigrissement. Sans autre signe pendant 7 mois.

OBSERVATION II, de Poinot (34). — Homme de 59 ans. Troubles dyspeptiques coïncidant depuis 4 mois avec un amaigrissement de 10 kilos.

OBSERVATIONS de F. Moutier et Nemours (32):

IV. — Homme, 50 ans environ. Troubles dyspeptiques légers et irréguliers depuis 2 ans, devenus quotidiens depuis 8 mois.

XIV. — Homme de 27 ans. Depuis 6 mois, des troubles dyspeptiques légers ont marqué le début d'un amaigrissement.

5° 4 Observations dans lesquelles le symptôme initial est une perte plus ou moins importante de l'appétit.

OBSERVATION XLV, de Chesnel (12). — Homme de 68 ans. Depuis quelques mois, est anorexique et, depuis 3 semaines, souffre de douleurs sourdes et persistantes dans le côté droit de la poitrine, près du mamelon.

OBSERVATION III, de Michel (30). — Homme de 64 ans. Anorexique depuis quelques mois et commence à maigrir. (Cette

observation est reproduite dans la thèse de Jupin [24], observation XIII.)

OBSERVATION de Félix Ramond et Chabrun (37). — Homme de 43 ans. Diminution de l'appétit; sensation de tension gastrique; renvois. Il maigrit de 1 kilo par mois. (Cette observation est reproduite dans l'article de Cain, Marchand et Augier [6], observation V.)

OBSERVATION I, de Poinot (34). — Femme de 64 ans. Depuis quelques mois, anorexie et amaigrissement progressif; impression de distension de l'estomac.

6° 4 Observations dans lesquelles le symptôme initial est une hématémèse.

OBSERVATION I, de Mamoul (27). — Homme de 61 ans. Hématémèse abondante de sang rouge; elle se reproduit 5 fois en 2 ans et fut, les 4 dernières fois, suivie d'un mélœna. (Cette observation a fait l'objet d'une communication de Le Noir, Bariéty et Mamoul [25]).

OBSERVATION II, de Cain, Marchand et Augier (6). — Homme de 69 ans. Hématémèse de sang rouge immédiatement précédée d'une sensation de constriction de la base du thorax.

OBSERVATION XXII, de Gutmann (20), p. 31. — Homme de 58 ans. Un vomissement de sang a marqué le début de l'amaigrissement et l'apparition de troubles de l'appétit.

OBSERVATION XII, de F. Moutier et Nemours (32). — Homme de 68 ans. Hématémèse de 250 gr. de sang rouge, suivie de 2 selles mélaniques. Ce malade souffrait depuis 2 ans de l'estomac.

7° 3 Observations dans lesquelles le symptôme initial est une douleur de siège variable pour chacune.

OBSERVATION de Sarles (41), pp. 40 et 41. — Homme de 49 ans. Douleur dans l'hypochondre gauche, inconstante, s'irradiant

vers le sein gauche, survenant surtout la nuit et laissant, quelques jours après, la place à une dysphagie.

OBSERVATION de Soupault (43). — Homme de 69 ans. Depuis 6 mois, réapparition de symptômes qui avaient été passagers voici 11 ans; douleur thoracique inférieure gauche avec dyspnée d'effort. Comme la dyspnée, la douleur est accentuée par un effort physique. Amaigrissement.

OBSERVATION I, de Arnoux (1). — Homme de 57 ans. Douleur dans la région cardiaque s'irradiant vers l'épaule gauche. Perte passagère de l'appétit. Amaigrissement de 4 kilos en 4 mois.

8° 2 Observations dans lesquelles le symptôme initial est un mélœna.

OBSERVATION II, de Mareschal (28). — Homme de 55 ans. Un mélœna très abondant. Par la suite, douleur en ceinture de la base du thorax. Il maigrit alors de 1 kilo par quinzaine.

OBSERVATION II, de Arnoux (1). — Homme de 47 ans. Un mélœna; 8 mois après, apparaissent l'anorexie, l'amaigrissement, etc...

9° 2 Observations dans lesquelles le début est marqué par des vomissements.

OBSERVATION III, de Jacquier-Bret (23). — Homme de 66 ans. Vomissements incessants quelques minutes après les repas; anorexie; troubles gastriques.

OBSERVATION VII, de F. Moutier et Nemours (32). — Homme de 50 ans. Début brutal par des vomissements pituitaires. Depuis, violentes douleurs épigastriques.

10° 2 Observations dans lesquelles le début est marqué par des régurgitations.

OBSERVATION V, de Jacquier-Bret (23). — Homme de 58 ans. Après le repas, régurgitations non alimentaires, mais d'un liquide glaireux; gêne et pesanteur sous-costale gauche.

OBSERVATION III, de Mareschal (28). — Homme de 74 ans. Régurgitations alimentaires peu importantes, en fin de repas ou immédiatement après celui-ci. Anorexie, avec dégoût électif pour la viande. Amaigrissement progressif.

11° 1 Observation dans laquelle le début est marqué par des renvois.

OBSERVATION II, de Cain et Oury (8). — Homme de 53 ans. Des renvois constants, d'odeur fécaloïde, précédèrent de 2 mois l'amaigrissement et les douleurs.

12° 1 Observation ou le cancer est une découverte en pleine santé apparente.

OBSERVATION XV, de F. Moutier et Nemours (32). — Homme de 50 ans. Suivi, depuis 4 ans, pour ulcère haut situé de l'estomac. Un examen radiologique de contrôle pratiqué en pleine santé montre une volumineuse tumeur du pôle supérieur sus-cardiale et située sensiblement au-dessus de l'ulcère dont elle est dégagée.

13° 1 Observation dans laquelle le symptôme initial est une syncope.

OBSERVATION de Ch. Debray, F. Pergola et P. Hatt (13). — Homme de 60 ans. Au cours des repas, au moment de la déglutition, une lipothymie ou une syncope suit immédiatement une

sensation indéfinissable de gêne xiphoïdienne sans impression d'arrêt des aliments. Ces troubles, intermittents pendant 2 mois, deviennent alors quotidiens.

En somme, si la dysphagie reste le symptôme initial le plus fréquent, l'amaigrissement prend dans la liste des signes initiaux une place importante que la seule analyse de nos observations ne nous permettait pas de soupçonner; on ne le rencontrait, en effet, que simultanément avec d'autres signes qui semblaient en marquer le point de départ.

Nous retrouvons ensuite, à peu près dans le même ordre, les signes initiaux que nous avons déjà constatés. Les douleurs épigastriques, en dehors de leur localisation, ne semblent pas avoir de caractères fixes; elles sont variables avec chaque sujet, aussi bien dans leur intensité et leur durée que dans leur mode d'apparition. Cette douleur peut être aiguë et transfixiante, sourde et lancinante, comparable à une crampe, à type de brûlure; elle peut donner simplement l'impression d'une lourdeur douloureuse; tantôt, elle est continue, tantôt post-prandiale et plus ou moins tardive, tantôt d'apparition brusque la nuit. Elle est seule pendant longtemps ou, au contraire, annonce à brève échéance l'apparition d'autres symptômes.

Outre les troubles dyspeptiques, la perte plus ou moins importante de l'appétit, l'hématémèse unique ou se répétant à des périodes plus ou moins éloignées, les vomissements, le mélœna, les régurgitations, l'asthénie progressive, les douleurs de l'hypochondre gauche ou de la partie inférieure gauche du thorax ou pseudo-angineuse, il semble intéressant d'attirer à nouveau l'attention, comme l'ont fait, en 1948, Ch. Debray, F. Pergola et P. Hatt (13), sur le début syncopal des cancers de la région du cardia. Chez leur malade, il s'agissait d'une syncope suivant les premières bouchées; dans le cas que nous apportons (observation XVI), elle succédait à une crise douloureuse de type angineux.

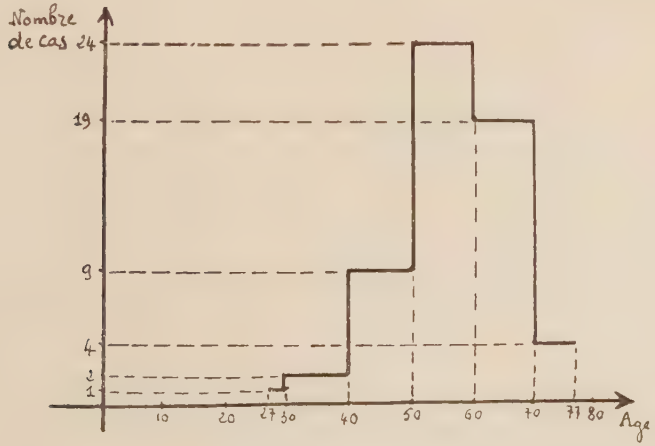
Signalons également que, dans une communication récente à

la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, MM. Djian et Bauer (14) apportent 2 observations de cancer sous-cardiaque dont le début apparent de l'un de ces deux cas a été marqué par des crises d'éructations. Ils signalent que, pour certains, ce symptôme aurait une grande valeur localisatrice. Nous n'avons pas souvent relevé dans nos observations personnelles de crises d'éructations; trois fois nous trouvons des éructations qui accompagnaient une dysphagie; une fois seulement (observation X), elles précédaient l'apparition de la dysphagie depuis 6 ans.

Dans ces 60 observations, nous trouvons 8 femmes et 52 hommes, soit 1 femme atteinte pour 6 à 7 hommes. Ainsi, nous sommes assez loin de nos premières constatations, où la proportion était de 1 pour 4, proportion qui concordait d'ailleurs avec celle donnée par les rapporteurs médicaux Ch. Darnand (de Toulouse) et R. Sarles (de Marseille) (46), au cours de la réunion à laquelle nous faisons allusion dans notre « Avant-propos ».

L'âge moyen des malades de ces observations est entre 56 et 57 ans; dans un cas, le malade avait 27 ans.

Les variations du nombre de cas rencontrés en fonction de l'âge des sujets atteints (âge considéré par dizaines d'années) peuvent, d'après ces observations (nous avons l'âge de 59 de ces malades), être représentées par le graphique suivant :



Il s'agit, dans 88 % des cas, de sujets âgés de 40 à 70 ans, et la période de fréquence maximum est entre 50 et 60 ans.

Mais ce qu'il semble surtout important de noter, c'est que 5 % environ des sujets atteints le sont avant 40 ans.

Nous avons pu établir, pour 41 observations seulement, le temps qui s'est écoulé entre l'apparition des signes cliniques et le jour où le diagnostic fut posé; le délai moyen de retard de ce diagnostic est de 8 mois. Dans les 19 autres observations, il est des cas où le diagnostic n'a pas été fait, et c'est l'autopsie qui révéla la tumeur (observations III de Pinchart [33], I de Rousseau [40], I de Mamoul [27], de Roubier, Bouysset et M^lle^ Guillemin [39]).

CONCLUSIONS

I. — Le premier symptôme, relevé dans l'interrogatoire des 84 malades de l'ensemble de nos observations et de celles rapportées, qui aurait pu déterminer plus précocement l'examen radiologique révélateur, a été :

25 fois la dysphagie;
14 fois des douleurs épigastriques;
10 fois un amaigrissement;
9 fois des troubles dyspeptiques;
5 fois un appétit plus ou moins diminué;
5 fois une hématémèse;
3 fois un mélœna;
3 fois des vomissements;
2 fois des régurgitations;
1 fois une syncope suivant la déglutition;
1 fois des crises douloureuses de type angineux suivies de syncope;
1 fois des douleurs de type angineux;
1 fois des douleurs de l'hypochondre gauche;
1 fois des douleurs thoraciques inférieures gauches;
1 fois des éructations;
1 fois l'asthénie.

Ce premier symptôme est, par conséquent, très variable et assez peu caractéristique.

II. — Nous avons rencontré deux fois une anémie; dans les deux cas, il ne s'agissait pas d'un symptôme isolé; elle ne fut

vérifiée que 7 mois pour l'un et 10 mois pour l'autre après le début des signes cliniques.

III. — Le cancer est survenu 71 fois chez l'homme et 13 fois chez la femme.

IV. — C'est un cancer assez tardif, puisque la moyenne d'âge est de 57 ans, les âges s'étageant de 27 à 79 ans.

V. — Le retard moyen apporté au diagnostic, à partir des signes cliniques qui auraient pu donner l'alarme, est 7 à 8 mois.

C'est évidemment en attirant l'attention sur ces signes d'alarme qu'on pourra permettre des diagnostics plus précoces et, par conséquent, améliorer le pronostic actuellement encore presque catastrophique de cette localisation des cancers gastriques.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
G. PORTMANN.

VU :
Bon à imprimer,
Le Président :
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 janvier 1950,
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARNOUX. — *Forme non dysphagique du cancer de la grosse tubérosité de l'estomac.* Thèse Paris, 1938.
2. BORROS. — *Sur quelques cas de forme floride du cancer de l'estomac.* Thèse Bordeaux, 1936.
3. CADE et MILHAUD. — « Le syndrome hypersthénique dans le cancer de l'estomac », *Journal de Méd. de Lyon,* 20 août 1934, p. 551.
4. CADE et MORENAS. — « Méga-œsophage et cancer », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* 1922, pp. 1 et 125.
5. CAIN et AUGIER. — « Le cancer du pôle supérieur de l'estomac », *Presse médicale,* 24 octobre 1936, p. 1667.
6. CAIN, MARCHAND et AUGIER. — « Le cancer de la grosse tubérosité gastrique », *Presse médicale,* 4 août 1928.
7. CAIN et MÉTIVET. — « Tumeur bénigne du pôle supérieur de l'estomac. Hématémèses et maladie de Banti. Splénectomie. Résection de la tumeur gastrique », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* 1938, p. 78.
8. CAIN et OURY. — « Deux nouveaux cas de cancer de la grosse tubérosité gastrique », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* 1929, p. 1008.
9. CARDIER. — *Contribution à l'étude des formes latentes et larvées du cancer de l'estomac.* Thèse Nancy, 1935-1936.
10. CHARRIER et CHARBONNEL. — « Gastrectomies totales et subtotales pour cancer », *Journ. de méd. de Bordeaux,* 25 octobre 1924, p. 835.
11. CHÊNE (P.) et MERIOUA. — « Remarques pour le diagnostic précoce du cancer de l'œsophage », *Presse médicale,* 15 mai 1948, p. 350.
12. CHESNEL. — *Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac.* Thèse Paris, 1877.

13. DEBRAY, PERGOLA (F.) et HATT (P.). — « Cancer du versant gastrique du cardia à symptomatologie syncopale », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*, mars-avril 1948.

14. DJIAN et BAUER. — « Deux cas de cancers sous-cardiaques », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*, mai-juin 1949, p. 446.

15. DUBARRY (J.), DUBOURG (G.) et SAINSEVIN (J.). — « Les signes cliniques d'alarme des cancers de la région du cardia d'après 24 cas personnels », Soc. de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, séance du 3 décembre 1949, à paraître dans les *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*

16. DUBARRY (J.) et CONTE (H.). — « 35 cas de cancers digestifs avancés traités par la ferriscorbone sodique », *in Gazette médicale de France,* juin 1943.

17. DUMOULIN. — *L'ulcus juxta-cardiaque de l'estomac.* Thèse Paris, 1924.

18. FLEYS (J.-B.). — *Contribution à l'étude du cancer de l'estomac à forme anémique.* Thèse Paris, 1935.

19. GAUTHIER. — *Contribution à l'étude des localisations hautes du cancer de l'estomac et plus spécialement de sa modalité pseudo-splénomégalique.* Thèse Lyon, 1932.

20. GUTMANN, BERTRAND et PERISTIANY (Th.-J.). — *Le cancer de l'estomac au début.* (Doin, éditeur, 1939.)

21. GUTMANN. — *Les syndromes douloureux de la région épigastrique.* (Doin, éditeur, 1940.)

22. HUTIN. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du cardio-œsophage.* Thèse Nancy, 1948.

23. JACQUIER-BRET. — *Le cancer sous-cardiaque de l'estomac.* Thèse Lyon, 1908-1909.

24. JUPIN. — *Contribution à l'étude de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac.* Thèse Paris, 1925.

25. LE NOIR, BARIÉTY et MAMOUL. — « Retentissement œsophagien et duodénal d'un cancer gastrique sous-cardiaque à forme hémorragique et anémique », *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris,* n° 16, mai 1926, p. 732.

26. LŒPER et FORESTIER. — « Les lésions nerveuses du pneumogastrique et le cardio-supasme récurrent dans le cancer de l'estomac », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*, 1921, p. 307.

27. MAMOUL. — *Contribution à l'étude du cancer gastrique sous-cardiaque.* Thèse Paris, 1926.

28. MARESCHAL. — « Nouvelles observations du cancer de la grosse tubérosité gastrique », *Presse médicale,* 13 octobre 1928.

29. MARINOFF. — *Contribution à l'étude du cancer précoce de l'estomac (jusqu'à l'âge de 30 ans).* Thèse Paris, 1932.

30. MICHEL. — *La forme œsophagienne du cancer de l'estomac.* Thèse Lyon, 1919-1920.

31. MOUNIER, KUHN et BÉRAUD (Cl.). — « Le syndrome œsophagien atypique des tumeurs gastriques juxta-cardiaques », *Journ. de Méd. de Lyon,* 20 septembre 1946, pp. 663-670.

32. MOUTIER (F.) et NEMOURS (A.). — « Le cancer sus-cardial et juxta-œsophagien de la grosse tubérosité gastrique », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* n^{os} 3-4, mars-avril 1948.

33. PINCHART. — *Etude clinique de la fièvre essentielle dans le cancer de l'estomac et en particulier de sa forme intermittente.* Thèse Lille, 1905-1906.

34. POINOT. — *Les cancers de la grosse tubérosité de l'estomac.* Thèse Bordeaux, 1939-1940.

35. PORCHER. — « Les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* avril 1939, p. 449.

36. PORCHER et DAI. — « Etude des images de tonalité du pôle supérieur de l'estomac », *Soc. Nation. de Gastro-Entérologie,* 14 février 1949.

37. RAMOND (Félix) et CHABRUN. — « Cancer de la grosse tubérosité gastrique », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.,* 1925, p. 345.

38. RAMOND (Louis). — « Hernie épigastrique et cancer camouflé de la grosse tubérosité de l'estomac », *Presse médicale,* 11 février 1939.

39. ROUBIER, BOUYSSET et M^{lle} GUILLEMIN. — « Cancer de la grosse tubérosité de l'estomac à forme anémique grave », *Lyon Médical,* 17 avril 1927, p. 455.

40. ROUSSEAU. — *De quelques formes et cas rares du cancer de l'estomac.* Thèse, Paris, 1911-1912.

41. SARLES (Roger). — « Le cancer de la grosse tubérosité gastrique », *Marseille Médical,* 5 janvier 1930, p. 40.

42. SOULIÉ. — *Les cancers du cardia et du pôle supérieur de l'estomac. Leur diagnostic radiologique.* Thèse Paris, 1923.

43. SOUPAULT. — « Un cas de cancer de la grosse tubérosité », *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*, 1930, p. 345.

44. SWEET (R.-H.). — « Le carcinome de l'œsophage et de l'estomac », *The Journ. of the American Medical Association,* vol. CXXXVII, n° 15, 3 juillet 1948, pp. 1213-1219, *in Presse médicale,* 25 mai 1949.

45. TRESCHTCHENKOW. — *Contribution à l'étude du cardio-spasme.* Thèse, Paris, 1924.

46. En outre, séance des Sociétés de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest et du Sud-Est, et de la Société d'Electro-Radiologie du Sud-Ouest (Bordeaux, 3 décembre 1949), consacrée à l'étude des tumeurs du pôle supérieur de l'estomac, avec :
   — Un rapport médical, par MM. Ch. DARNAND (de Toulouse) et R. SARLES (de Marseille);
   — Un rapport radiologique, par MM. J. BEAUCHANT (de Poitiers) et PÉRIGORD (de Limoges);
   — Un rapport chirurgical, par MM. H. LEFÈVRE (de Bordeaux) et P.-P. PRAT (de Nice),
   rapports et communications sur ce sujet à paraître dans les *Archives des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutr.*

IMPRIMERIE BIÈRE
18, rue du Peugue - BORDEAUX

N° 257 impr. - Dép. lég. 1er trim. 1950